

Formulario de inscripción



☐ Snorkel ☐ Bautizo ☐ Curso ☐ Inmersiones guiadas

DATOS PERSONALES

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
Nº PASAPORTE / DNI	NACIONALIDAD	PAÍS DE RESIDENCIA
DIRECCIÓN	CODIGO POSTAL	POBLACIÓN
Nº DE MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	PROFESIÓN
HOTEL / ALOJAMIENTO	CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DE EMERGENCIA
FECHA LLEGADA	FECHA SALIDA	RECOGIDA ☐ SI ☐ NO

PROTECCIÓN DE DATOS

Declaro haber sido informado/a de que **GOETZ WOLFGANG SCHÄFER**, que opera bajo el nombre commercial **Daivoon Diving Center**, en calidad de Responsable del Tratamiento, tratará y conservará los datos personales facilitados mediante este formulario y la documentación que, en su caso, lo acompañe, con la finalidad de gestionar los servicios solicitados.

Información básica sobre protección de datos
Responsable: GOETZ WOLFGANG SCHÄFER, que opera bajo el nombre comercial Daivoon Diving Center.
Finalidad: Gestión administrativa de los usuarios de los servicios y prestación de actividades de buceo y snorkel.
Base jurídica: Ejecución de un contrato y, cuando corresponda, consentimiento del interesado.
Destinatarios: Cuando resulte necesario, los datos personales podrán ser comunicados a terceros que intervengan en la prestación de los servicios solicitados, incluidos proveedores de seguros (p. ej., ARAG, Dive & Travel Solutions), organizaciones de formación y certificación de buceo (p. ej., SSI), así como cuando dicha comunicación sea exigida por la legislación aplicable.
Sus derechos: Tiene derecho a acceder a sus datos personales, solicitar su rectificación o supresión, así como a ejercer los demás derechos que se detallan en la Política de Privacidad.
Información adicional: Puede consultar la Política de Privacidad completa en www.daivoon.com o solicitarla en Calle las Conchas, Local 4, 35508 Costa Teguise.

☐ He leído y comprendido la información anterior.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS (OPCIONAL)

☐ Doy mi consentimiento para que Daivoon Diving Center tome fotos y vídeos durante la actividad de buceo o snorkel. Entiendo que las fotografías y los vídeos se realizan del grupo y de la actividad en su conjunto, por lo que puedo aparecer en ellos junto con otros participantes. Las fotografías y los vídeos se almacenarán de forma segura y se pondrán exclusivamente a disposición de los participantes de la misma actividad a través de una galería online segura, donde podrán visualizarlos y adquirir las imágenes.

Basic Información básica sobre protección de datos
Responsable: GOETZ WOLFGANG SCHÄFER, que opera bajo el nombre comercial Daivoon Diving Center.
Finalidad: Realizar, almacenar y ofrecer fotografías y vídeos a los participantes a través de una galería online segura para su visualización y compra.
Base jurídica: Consentimiento del interesado.
Destinatarios: Cuando resulte necesario, los datos personales podrán ser comunicados a proveedores de servicios que actúen por cuenta del Responsable (p. ej., proveedores de almacenamiento en la nube o de galerías online), así como cuando dicha comunicación sea exigida por la legislación aplicable.
Sus derechos: Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Asimismo, tiene derecho a acceder a sus datos personales, solicitar su rectificación o supresión y ejercer los demás derechos que se detallan en nuestra Política de Privacidad.
Información adicional: Puede consultar la Política de Privacidad completa en www.daivoon.com o solicitarla en Calle las Conchas, Local 4, 35508 Costa Teguise.

☐ Doy mi consentimiento para que Daivoon Diving Center utilice fotografías y vídeos en los que aparezca con fines promocionales, incluida su publicación en su sitio web, materiales impresos y canales de redes sociales.

EXPERIENCIA DE BUCEO

NIVEL DE CERTIFICACIÓN	Nº INMERSIONES	FECHA ÚLTIMA INMERSIÓN	INMERSIÓN MÁS PROFUNDA

DECLARACIÓN SOBRE EL SEGURO (solo para buceadores certificados)

Para participar en nuestras actividades de buceo es obligatorio disponer de un seguro de accidentes de buceo válido en España.

Entiendo que cualquier gasto derivado de un accidente de buceo, incluidos los costes de **tratamiento hiperbárico (recompresión)**, **transporte de emergencia y rescate**, será de mi responsabilidad, salvo que esté cubierto por una póliza de seguro de buceo adecuada.

Entiendo que un seguro general de viaje, un seguro de responsabilidad civil para la práctica del buceo y la Tarjeta Sanitaria Europea pueden no cubrir dichos gastos. El tratamiento hiperbárico y la asistencia de emergencia pueden generar costes considerables, que podrían correr a mi cargo.

Marque una de las siguientes opciones:

☐ Declaro que dispongo de un seguro de accidentes de buceo válido que cubre, como mínimo, los gastos de tratamiento hiperbárico (recompresión), transporte de emergencia y rescate.

☐ Deseo contratar el seguro de accidentes de buceo obligatorio ofrecido por la entidad aseguradora colaboradora de Daivoon Diving Center.

Por la presente, confirmo mi participación en las actividades de buceo y/o snorkel organizadas por **Daivoon Diving Center**, propiedad de **Goetz Wolfgang Schäfer (NIE X9638447K)**, Costa Teguise, Las Palmas, España, o por personal autorizado de Daivoon Diving Center.

Las presentes condiciones de participación serán aplicables desde el primer día de actividad y permanecerán vigentes para todas las actividades realizadas durante la estancia del participante, salvo acuerdo en contrario.

Primer día de actividad: _____ .

CONDICIONE DE PARTICIPATION

- 1. Entiendo que el snorkel y el buceo con equipo autónomo conllevan riesgos inherentes y pueden ocasionar lesiones graves, enfermedades o incluso la muerte. Participo voluntariamente en estas actividades y acepto dichos riesgos.
- 2. Me comprometo a seguir en todo momento las instrucciones de los instructores y del personal de Daivoon Diving Center.
- 3. En caso de accidente o emergencia médica, y si no pudiera tomar decisiones por mí mismo/a, autorizo al personal de Daivoon Diving Center a gestionar la asistencia médica o de emergencia que se considere necesaria. Entiendo que cualquier gasto no cubierto por mi seguro será de mi responsabilidad.
- 4. Me comprometo a cuidar debidamente todo el equipo alquilado. En caso de daños, suciedad excesiva (p. ej., orina), pérdida o robo causados por mi negligencia, acepto asumir los costes razonables de reparación, sustitución o limpieza.
- 5. Daivoon Diving Center no se responsabiliza de la pérdida, robo o daños de objetos personales, salvo cuando sean consecuencia de su negligencia.
- 6. La edad mínima para participar en actividades de buceo en aguas abiertas es de 10 años. Los menores de 18 años deberán contar con el consentimiento por escrito de su padre, madre o tutor legal.
- 7. Las prácticas de buceo seguro requieren que los buceadores permanezcan con su compañero asignado, salvo indicación contraria de un profesional del buceo. Me comprometo a cumplir esta norma durante toda la actividad.
- 8. Confirmo que solo participaré en actividades adecuadas a mi nivel de certificación y experiencia, salvo que me encuentre bajo la supervisión directa de un profesional de buceo cualificado dentro de un programa de formación reconocido.
- 9. Me comprometo a no participar en actividades de buceo bajo los efectos del alcohol o las drogas, ni en caso de enfermedad, fatiga, lesión, congestión o cualquier otra condición que pueda afectar a mi capacidad para bucear de forma segura.
- 10. Me comprometo a respetar el medio marino y a cumplir toda la normativa medioambiental aplicable. No perturbaré, recogeré, alimentaré, acosaré ni extraeré intencionadamente organismos marinos, ni causaré daños al entorno submarino.
- 11. Confirmo que soy capaz de nadar al menos 25 metros.
- 12. Daivoon revisa y mantiene su equipo conforme a altos estándares. No obstante, cada buceador certificado es responsable de comprobar, antes de cada inmersión, que el equipo que utiliza se encuentra en correcto estado de funcionamiento.
- 13. Los datos personales serán tratados de conformidad con la Política de Privacidad facilitada por separado.
- 14. Daivoon Diving Center se reserva el derecho a denegar la participación o interrumpir una actividad cuando lo considere razonablemente necesario por motivos de seguridad, comportamiento inadecuado, incumplimiento de instrucciones, falta de habilidades o aptitud física suficientes, o cualquier otra circunstancia que pueda comprometer la seguridad o el correcto desarrollo de la actividad. En estos casos, no se efectuará ningún reembolso.
- 15. Daivoon Diving Center y su personal únicamente responderán en los casos exigidos por la legislación aplicable. Ninguna disposición de estas Condiciones de Participación excluye o limita responsabilidades que legalmente no puedan excluirse conforme a la legislación española.
- 16. Estas Condiciones de Participación se regirán e interpretarán de conformidad con la legislación española.
- 17. **Las cancelaciones realizadas con al menos 24 horas de antelación al inicio previsto de la actividad tendrán derecho al reembolso íntegro. Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de antelación, la no presentación, así como la decisión del participante de no iniciar la actividad, no darán derecho a reembolso.**
- 18. Si Daivoon Diving Center determina que una actividad no puede realizarse de forma segura debido a las condiciones meteorológicas o del mar, restricciones gubernamentales, fuerza mayor u otras circunstancias ajenas a su control, podrá reprogramarse u ofrecerse una alternativa. Si ninguna de estas opciones fuera posible, se reembolsará la actividad afectada. Esto no será aplicable a las cancelaciones realizadas por el cliente.
- 19. Al iniciar la actividad, cada participante reconoce y acepta su realización bajo las condiciones existentes en ese momento. Una vez iniciada, no se efectuará ningún reembolso si la actividad se interrumpe o finaliza anticipadamente, salvo en casos de negligencia grave por parte de Daivoon Diving Center.
- 20. Me comprometo a presentarme a la hora acordada. Si mi retraso o ausencia ocasiona la pérdida de la actividad o de la salida prevista, entiendo que podría no ser posible mi participación y que no se efectuará ningún reembolso.

DECLARACIÓN

Confirmo que he **leído y comprendido las presentes Condiciones de Participación**.

Declaro que los datos personales, la **información** médica y mi historial de buceo facilitados son, según mi leal saber y entender, **veraces, completos y exactos**. Asumo la responsabilidad por cualquier omisión o información inexacta facilitada por mí.

Confirmo que he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre estas Condiciones de Participación y que todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente.

Participante (nombre completo)	Firma del participante	FECHA
_____ Tutor legal (si el participante es menor de 18 años)	_____ Firma del tutor legal	_____ FECHA

Informe Médico del Buceador | Cuestionario del participante (confidencial)

El buceo requiere una buena salud física y mental. Hay algunas condiciones médicas que pueden ser peligrosas durante la práctica del buceo, y que se enumeran a continuación. Aquellos que tienen o están predispuestos a cualquiera de estas condiciones, deben ser evaluados por un médico. Este Cuestionario de Médico del Buceador proporciona una base para determinar si Ud. debe buscar esa evaluación. Si tiene alguna inquietud acerca de su estado físico para la práctica del buceo y no están representadas en este formulario, consulte con su médico antes de bucear. Las referencias a "buceo" en este formulario abarcan tanto el buceo Recreativo con equipo autónomo como el buceo en apnea. Este formulario está diseñado principalmente como un examen médico inicial para los nuevos buceadores, pero también es apropiado para los buceadores que reciben educación continua. Por su seguridad y la de otras personas que pueden bucear con usted, responda a todas las preguntas honestamente.

Instrucciones

Complete este cuestionario como requisito previo para el entrenamiento de apnea o de buceo con equipo autónomo.
para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, no bucee.

1	He tenido problemas con los pulmones, la respiración, el corazón y/o la sangre que afectan a mi rendimiento físico o mental normal	Si ☐ Ir al Cuadro A	No ☐
2	Tengo más de 45 años.	Si ☐ Ir al Cuadro B	No ☐
3	Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros/una milla en 12 minutos o nadar 200 metros/yardas sin descansar). O no he podido participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses.	Si ☐ *	No ☐
4	He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales / senos paranasales.	Si ☐ Ir al Cuadro C	No ☐
5	He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, O tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.	Si ☐ *	No ☐
6	He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, accidente cerebrovascular, lesión significativa en la cabeza, o he sufrido de lesión o enfermedad neurológica persistente.	Si ☐ Ir al Cuadro D	No ☐
7	He tenido problemas psicológicos (o he recibido tratamiento psicológico en los últimos 5 años), me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol, me han diagnosticado un problema de aprendizaje o de desarrollo.	Si ☐ Ir al Cuadro E	No ☐
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Si ☐ Ir al Cuadro F	No ☐
9	He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Si ☐ Ir al Cuadro G	No ☐
10	Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos que no sea Lariam-mefloquina).	Si ☐ *	No ☐

Firma del Participante

Si respondió NO a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante a continuación con la fecha y su firma.

Declaración del Participante: He respondido a todas las preguntas honestamente, y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido inexactamente o por no haber revelado cualquier condición de salud existente o pasada.

Firma del participante (o, si es menor de edad, se requiere la firma del padre/tutor del participante.)

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del Participante (Mayúsculas)

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Nombre del Instructor (Mayúsculas)

Nombre del Centro e Buceo (Mayúsculas)

* **Si respondió SI** a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores **O** a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior con la fecha y su firma **Y** lleve el Formulario de **Evaluación del Médico (página 3) a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la aprobación de su médico.

Informe Médico del Buceador

Cuestionario del Participante (Confidencial) Continuación

CUADRO A – TENGO/HE TENIDO:		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantado (por ejemplo, stent, marcapasos, neuroestimulador), neumotórax y/o enfermedad pulmonar crónica.	SI ☐ *	No ☐
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física/ ejercicio.	SI ☐ *	No ☐
Un problema o enfermedad que involucra mi corazón como: angina de pecho, dolor en el pecho en el esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatía o accidente cerebrovascular. O estoy tomando medicamentos para cualquier afección cardíaca.	SI ☐ *	No ☐
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, O han sido diagnosticados con enfisema.	SI ☐ *	No ☐
Síntomas que afecten a mis pulmones, respiración, corazón y/o sangre en los últimos 30 días y que perjudiquen mi rendimiento físico o mental.	SI ☐ *	No ☐
CUADRO B – TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:		
Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.	SI ☐ *	No ☐
Tengo un nivel alto de colesterol.	SI ☐ *	No ☐
Tengo presión arterial alta.	SI ☐ *	No ☐
He tenido un familiar (de 1er. O 2º grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita o de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, O tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía)	SI ☐ *	No ☐
CUADRO C – TENGO/HE TENIDO:		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	SI ☐ *	No ☐
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	SI ☐ *	No ☐
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	SI ☐ *	No ☐
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	SI ☐ *	No ☐
CUADRO D – TENGO/HE TENIDO:		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.	SI ☐ *	No ☐
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	SI ☐ *	No ☐
Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.	SI ☐ *	No ☐
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.	SI ☐ *	No ☐
Epilepsia, ataques o convulsiones, O tomo medicamentos para prevenirlos.	SI ☐ *	No ☐
CUADRO E – TENGO/HE TENIDO:		
Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico.	SI ☐ *	No ☐
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	SI ☐ *	No ☐
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje/desarrollo que requiere atención continua o de un alojamiento especial.	SI ☐ *	No ☐
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.	SI ☐ *	No ☐
CUADRO F – TENGO/HE TENIDO:		
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	SI ☐ *	No ☐
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	SI ☐ *	No ☐
Diabetes, ya sea controlada por medicación o por dieta, O diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	SI ☐ *	No ☐
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	SI ☐ *	No ☐
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	SI ☐ *	No ☐
CUADRO G – TENGO:		
Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	SI ☐ *	No ☐
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.	SI ☐ *	No ☐
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	SI ☐ *	No ☐
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	SI ☐ *	No ☐
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	SI ☐ *	No ☐
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	SI ☐ *	No ☐